FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1966

THÈSE

N° 486

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

SALLÉ Pierre

né le 16 Mai 1934 à Nevers (Nièvre)

Interne des Hôpitaux de Paris

Ancien Assistant-adjoint de Sciences Fondamentales à la Faculté

Secrétaire Général Adjoint de l'Association Française
de Chirurgie Cervico-faciale Carcinologique

Présentée et soutenue publiquement le ..... *19*.....

INTRODUCTION A LA CARCINOLOGIE CERVICO-FACIALE

Président : **Mr REDON,** *Professeur*

IMPRIMERIE BELLAMY & MARTET

33, rue des Montibœufs - Paris (20e)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1966 — THÈSE — N° _

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

SALLÉ Pierre

né le 16 Mai 1934 à Nevers (Nièvre)

Interne des Hôpitaux de Paris

Ancien Assistant-adjoint de Sciences Fondamentales à la Faculté

Secrétaire Général Adjoint de l'Association Française
de Chirurgie Cervico-faciale Carcinologique

Présentée et soutenue publiquement le ..... *19* .....

INTRODUCTION A LA CARCINOLOGIE CERVICO-FACIALE

Président : **Mr REDON,** *Professeur*

IMPRIMERIE BELLAMY & MARTET

33, rue des Montibœufs - Paris (20e)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546026_0033

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN ..... Georges BROUET

1er ASSESSEUR ..... Daniel BARGETON

2e ASSESSEUR ..... Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1° Chaires de Sciences Fondamentales

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale	DENOIX (P.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PEQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	N...
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
—	LEVY (Mlle J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

	MM.
Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.)
	DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Histologie	COUJARD (R.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.)
	RICHET (G.)
Physiologie	DEJOURS (P.)
	SCHERRER (J.)
	KELLERSHOHN (L.)
Physique médicale	GOUGEROT (L.)
	ROUCAYROL (J.-Cl.)
	TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° Chaires de Sciences Cliniques

a) Professeurs titulaires :

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		SOULIÉ (P.)
— — (Boucicaut)		LENÈGRE (J.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	—	N...
	Cochin	LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgic. orthopédique et traumatologique (Cochin)		MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — (Foch)		PADOVANI (P.)
Clinique de chirur. infantile et orthopéd. (Enfants-Malades)		FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)		DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)		HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)		TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des mal. mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Bicêtre	DEPARIS (M.)
	Broussais	MILLIEZ (P.)
	Cochin	BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	Lariboisière	SÈZE (S. de)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
	Saint-Antoine	BOUDIN (G.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)		DEBRAY (Ch.)
Clinique méd. infantile et pédiatrie soc. (Enfants-Malades)		MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)		JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)		DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)		DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)		GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque	LACOMME (M.)
	Saint-Antoine	MERGER (R.)

	MM.
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)
— — (Cochin)	BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de Pédiatrie	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puéricul. (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpétrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)	JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
— — (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	DOMART (A.)
— — (Lariboisière	BOUVRAIN (Y.)
— — (Pitié)	RAMBERT (P.)
— — (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais	POILLEUX (F.)

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie	ANDRÉ (R.) BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
Médecine	AZERAD (E.) BOUR (H.) GROSSIORD (A.) LAMBLING (A.) LAUNAY (Cl.) PAYET (M.) PERRAULT (M.) SIGUIER (F.) WORMS (R.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)
Neuro-Psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pédiatrie	POLONOVSKI (Cl.) ROYER (P.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM.
Anatomie	CABROL (Ch.)
Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	CARTIER (P.) GONNARD (P.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Physique médicale	COURSAGET (J.) GREMY (F.)
Physiologie	GIRARD (Fr.)
Stomatologie	CHAPUT (M^{me} A.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)

III. — PROFESSEURS DETACHÉS DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie ..... HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale ..... RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEUR ASSOCIÉ

Statistique médicale et épidémiologique ..... SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté ..... M. LENA (J.)
Conseillers administratifs .. Mlle CHAINTREUIL (G.) M. FAYE (R.)
Conservateur en chef de la Bibliothèque ..... } M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine. }
Conservateurs ..... } Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.) LE NOIR (G.)
Bibliothécaires ..... } Mmes CONTET (J.), FORGET (F.) Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

André SALLÉ
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris,
Chirurgien de l'Hôpital de Nevers.

Il a incarné pour moi le courage et la bonté.
Il guide de très haut mes pas par son exemple
et par le souvenir qu'il a laissé
chez ceux qui l'ont connu.

A MA MÈRE

Elle m'a permis, par sa ténacité, d'entreprendre,
et par sa tendresse de toujours vouloir comprendre.

A MA FEMME ANNE

que très simplement j'aime.

A MES BEAUX-PARENTS

Marcel DARCISSAC
Stomatologiste honoraire
des Hôpitaux de Paris,
et sa femme.

Ils m'ont aidé et je leur dois beaucoup.
Il m'a orienté vers la pathologie cervico-faciale
dont une grande partie est attachée à son nom.

A LA MÉMOIRE DE MON MAITRE,

le Professeur Gaston CORDIER

Doyen de la Faculté de Médecine,
Chirurgien de l'Hôpital de la Pitié,
Membre de l'Institut,
Officier de la Légion d'Honneur.

Il était pour moi beaucoup plus encore que l'inspirateur de cette thèse, mon guide en Clinique Chirurgicale ou mon professeur d'Anatomie : il était mon patron parce qu'en m'accueillant dans son laboratoire et dans son service à l'aube de mes études, très simplement et très humainement, il avait remplacé dans ma vie un père trop tôt disparu.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE,

le Professeur Henri REDON

Professeur de Clinique Chirurgicale Carcinologique à la Faculté,
Chirurgien de l'Hôpital Necker,
Membre de l'Académie de Médecine,
Membre de l'Académie de Chirurgie,
Officier de la Légion d'Honneur,
Président de l'Association Française de Chirurgie Cervico-Faciale Carcinologique.

Il m'a accepté dans son service comme interne et comme chef de clinique.
Il a guidé mes pas dans une spécialité dont il est le maître incontesté.
Il m'a aidé à faire naître cette Association dont il est le Président.
Il a accepté la présidence de cette thèse et je le remercie du grand honneur qu'il m'a fait.

. .

A MES MAITRES D'INTERNAT
qui ont guidé mon orientation

INTERNAT DE PARIS

Le Professeur Henri REDON, Chirurgien de l'Hôpital Necker.

Le Docteur Jean LEROUX-ROBERT, Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux.

Le Professeur Agrégé Pierre CERNEA, Stomatologiste des Hôpitaux.

Le Docteur DUFOURMENTEL, Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis.

Le docteur MOREL-FATIO, Chirurgien de l'Hôpital d'Ivry.

Le Professeur DENOIX, Directeur de l'Institut Gustave Roussy.

Le Docteur LACOUR, Chirurgien de l'Institut Gustave Roussy.

Les Docteurs MOYSE et PILLERON, Chirurgiens de la Fondation Curie.

INTERNAT DE LA RÉGION DE PARIS

Le Professeur Agrégé Bernard DUHAMEL, Chirurgien de l'Hôpital de Saint-Denis.

A MES MAITRES D'EXTERNAT
et, en particulier

Le Professeur DEGOS, Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

Le Professeur DOMART, Médecin de l'Hôpital Antoine Chantin.

Le Professeur SIGUIER, Médecin de l'Hôpital de la Pitié.

Le Docteur CHIGOT, Chirurgien de l'Hôpital Trousseau.

Les Docteurs FRIEZ

LACAISSE (in mémoriam)

LEBOURG,

Stomatologistes des Hôpitaux.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Claude BETOURNÉ
Daniel BOUTELIER
Claude CREPY
Christian DE GROOTE
Jean-Louis DUCOURTIOUX
Michel DUPAS
Jean-Bernard ESCOFFIER
Maurice HODARA
François-Guy HOURTOULE
Claude ILOVICI
Jean-François LAROCHE
Maurice-Pierre MARIE
Roger MOULY
Claude NICOLETIS
Paul PONCET
Madame VIAL-WEISSENBACH

A MES MAITRES A LA FACULTÉ

Le Doyen Léon BINET
Le Professeur BARGETON
mes maître en Physiologie.

Le Professeur Michel DECHAUME
Le Professeur Agrégé CAUHÉPÉ
mes maîtres en Stomatologie.

A MES CONFÉRENCIERS

Roger RULLIÈRE
Jean-Pierre BENHAMOU
Adolphe STEG
Jean Anselme PICARD

A MES AMIS

Pierre HAEGEL
Dominique JOLLY
Thomas EFTHYMIOU
Bernard TAYON
Jacques LEPOIX

Daniel MARTET
Claude BOUTEVILLE DE VIENNE
Ghislain DE MANET

INTRODUCTION A LA CARCINOLOGIE CERVICO-FACIALE

PLAN DE CE TRAVAIL

INTRODUCTION

I — **PRINCIPES D'ETUDE : le domaine et les limites de la carcinologie cervico-faciale :**

1° Le domaine de la carcinologie cervico-faciale;

2° Les limites de la carcinologie cervico-faciale.

II — **PRINCIPES DE FORMATION : le cancérologue et la pathologie cervico-faciale néoplasique :**

III — **PRINCIPES DE REALISATION ET D'EXECUTION : l'unité de carcinologie cervico-faciale :**

1° La carcinologie sur le plan national et supranational ;

2° La carcinologie sur le plan régional ;

3° Le service de carcinologie cervico-faciale.

CONCLUSIONS

INTRODUCTION

Le but de cette étude n'est pas de vouloir séparer du reste de la Carcinologie, celle de la tête et du cou, mais bien plutôt d'étudier les conditions dans lesquelles il est souhaitable de la pratiquer : aux frontières de la médecine interne, de la chirurgie, de la dermatologie, de l'oto-rhino-laryngologie, de l'ophtalmologie et de la stomatologie, la carcinologie cervico-faciale doit avoir, non pas tant une place à part dans la cancérologie, que des exigences d'exécution.

Cette thèse est tirée de l'enseignement reçu au cours de nos stages d'interne chez nos Maîtres Pierre Cernéa, à l'Hôpital Saint-Louis, Jean Leroux-Robert, à l'Hôpital Boucicault, et Henri Redon, à l'Hôpital Necker.

I - LE DOMAINE ET LES LIMITES DE LA CARCINOLOGIE CERVICO-FACIALE

I — LE DOMAINE ET LES LIMITES DE LA CARCINOLOGIE CERVICO-FACIALE

« La chirurgie cervico-faciale s'exerce sur une vaste région qui s'étend de la base du crâne au seuil du cou ».

Pierre SEBILEAU

1° Le domaine de la carcinologie cervico-faciale

= *Pourquoi peut-on individualiser un domaine propre à cette discipline ?*

— La première raison est anatomique :

D'une manière générale, la plupart des tumeurs de ce domaine se développent et récidivent localement ou loco-régionalement : il est inutile de souligner l'importance de l'axe lymphatique situé le long de la veine jugulaire interne, si souvent intéressé lors de l'évolution d'une tumeur, qu'elle se soit initialement localisée dans le territoire du stomatologiste ou du laryngologiste.

— La deuxième raison est thérapeutique :

La plupart des malades relevant de cette discipline carcinologique cervico-faciale vont nécessiter un traitement qui, à l'heure actuelle, est très souvent chirurgical : et très précisément, cette chirurgie va s'effectuer sur des régions extrêmement voisines, soit pour la tumeur primitive elle-même, soit pour ses récidives ou ses métastases loco-régionales.

Mais, à l'inverse, le geste chirurgical n'est pas tout, et comme nous le reverrons, le cancérologue cervico-facial doit être non pas seulement un chirurgien, mais aussi un praticien qualifié, pour voir un larynx, par exemple, ou pour décider des gestes à pratiquer sur les éléments dentaires avant un traitement radio ou radiumthérapique au niveau de la cavité buccale. Enfin, et surtout, il doit connaître les ressources des agents physiques et des antimitotiques par voie générale ou locale, car si les résultats actuels ne sont point satisfaisants dans ce dernier domaine, on peut espérer qu'il n'en sera pas toujours ainsi.

— La troisième raison est d'ordre pratique :

Le recrutement de ces malades est très divers : si nous schématisons grossièrement, ils sont dépistés en règle

- par le dermatologiste pour toutes les néoformations tégumentaires,
- par le dentiste ou le stomatologiste pour les tumeurs buccales, en particulier celles de la langue,
- par le laryngologiste pour les cancers du larynx, du pharynx, et de l'hypopharynx, ainsi que pour ceux de l'ethmoïde,
- par le médecin ou le chirurgien pour ceux de l'œsophage cervical.

Or, dès ce stade, il serait souhaitable que ces malades soient confiés à un spécialiste de carcinologie pour des raisons diagnostiques et thérapeutiques qui seront exposées plus loin.

= *Comment délimiter le domaine de la carcinologie cervico-faciale ?*

— Par deux plans qui sont ceux de l'anatomie classique :

- En haut, la limite supérieure est représentée par la base du crâne (les tumeurs de l'ethmoïde et de la cavité orbitaire relèvent de notre discipline) ; au-dessus commence le domaine du neuro-chirurgien. (On peut y adjoindre les téguments du front.)
- En bas, la limite inférieure est constituée par l'orifice supérieur du thorax : au-dessous s'exerce l'activité du chirurgien thoracique.

— Toutes les tumeurs se développant entre ces deux limites intéressent le spécialiste de carcinologie cervico-faciale.

I — *TUMEURS DE LA FACE*

= *Tumeurs des revêtements cutanés de la face*

(régions superficielles ou tégumentaires de la classification anatomique proposée Planche I)

— Soit les régions frontale
temporales
palpébrales
auriculaires (et CAE)
maxillo-malaires (ou géniennes)
nasale
labiales
jugales
mentonnière
parotido-massétérines.

Elles ont reçu des numéros dans la nomenclature internationale de l'Organisation Mondiale de la Santé :

— Soit les chiffres 191 - O : lèvre à l'exclusion de la jonction cutanéo-muqueuse
140 - 0 : lèvre supérieure (muqueuse)
140 - 1 : lèvre inférieure (muqueuse)
191 - 1 : paupières y compris les angles
191 - 2 : oreille et conduit auditif externe
191 - 3 : autres régions de la face.

— Les formations envisagées sont des
carcinomes dont la localisation faciale est la plus fréquente,
mélanomes malins.

= *Tumeurs des régions moyennes de la face*

(régions ostéo-cavitaires et musculo-aponévrotiques de la classification anatomique proposée Planche I.)

— Soit les régions : cavités orbitraires
oreille moyenne
cavités sinuso-maxillaires
cavités nasales — massif facial
région palatine — supérieur
cavité buccale
région glosso-sus-hyoïdienne — mandibule

— Dans les cavités orbitaires :

• les tumeurs malignes de l'appareil oculaire :
conjonctive : carcinomes
naevo-carcinomes
lymphosarcomes
choroïde : sarcome
rétine : gliome
appareil lacrymal : sac : carcinomes
sarcomes
glande : tumeurs mixtes
cylindromes
carcinomes

• les tumeurs malignes primitives de l'orbite :
sarcomes non réticulaires
tumeurs réticulaires

• les tumeurs malignes secondaires de l'orbite :
propagation d'un carcinome des paupières ou du sinus
métastase d'un cancer du sein, du rein ou de la prostate

— Dans le C.A.E. et l'oreille moyenne

• leur définition : C.A.E., caisse du tympan

• leur type histologique : carcinomes épidermoïdes surtout glandulaires, parfois mélanomes malins, neurinomes malins et tumeurs glomiques malignes.

— Au niveau du massif facial supérieur, y compris la région palatine (NI 160)

- leur classification tirée de celle de Baclesse est, pour l'Institut Gustave Roussy, la suivante :

  infrastructure
  superstructure
  endosinus
  cloison intersinuso-nasale
  fosses nasales
  cellules ethmoïdo-maxillaires
  ethmoïde
  sinus sphénoïdal
  sinus frontal

- leur type histologique : carcinomes surtout et essentiellement épidermoïdes, sarcomes parfois et alors réticulo ou lympho-sarcomes

— Dans la cavité buccale

- les tumeurs malignes des sillons gingivo-jugaux et de la commissure intermaxillaire (NI 144)
  leur classification : face interne des joues
  sillon gingivo-jugal supérieur
  sillon gingivo-jugal inférieur
  commissure intermaxillaire
  leur type histologique : carcinomes épidermoïdes surtout
  carcinomes glandulaires, sarcome fibroblastique, lymphosarcome, mélanome malin parfois.

- les tumeurs malignes des gencives (NI 144)
  leur définition : gencive inférieure sans extension osseuse
  leur type histologique : carcinomes épidermoïdes surtout
  carcinomes glandulaires, sarcomes parfois.

- les tumeurs malignes du voile du palais (NI 144)
  leur définition : voile membraneux et luette
  leur type histologique : carcinomes épidermoïdes surtout
  carcinomes glandulaires (tumeurs mixtes, cylindromes) assez souvent
  sarcomes (lympho-réticulo) exceptionnellement

— Dans la région glosso-sus-hyoïdienne

• les tumeurs malignes de la région linguale :

Tumeurs de la langue mobile (NI 141-8)

leur type histologique : en avant du V lingual
au-dessus de la ligne de jonction avec le plancher

leur type histologique : carcinomes épidermoïdes très souvent
carcinomes glandulaires très rarement
sarcomes exceptionnellement

Tumeurs de la base de la langue (NI 141-0)

leur classification : en arrière du V lingual
au-dessus du sillon glosso-épiglottique

leur type histologique : carcinomes épidermoïdes très souvent
carcinomes glandulaires et sarcomes très rarement

• les tumeurs malignes de la région sublinguale :

Tumeurs du plancher buccal (NI 143)

leur classification : cancer postérieur : en regard des molaires
cancer antérieur : en regard des prémolaires, canines ou incisives, à prédominance unilatérale
cancer médian

leur type histologique : carcinomes épidermoïdes quasi toujours, anaplasiques parfois
carcinomes glandulaires exceptionnellement

Tumeurs de la glande sublinguale ;

leur type histologique : carcinomes à stroma remanié
cylindromes
carcinomes glandulaires

Tumeurs de la glande sous-maxillaire :

les trois types histologiques précédents peuvent être rencontrés

— Au niveau de la mandibule (NI 144)

leur classification : branche horizontale : région antérieure
moyenne
postérieure
branche montante

leur type histologique : carcinomes épidermoïdes très souvent
carcinomes glandulaires parfois
améloblastomes cancérisés plus rarement

= *Tumeurs des régions profondes de la face*

(régions viscérales et périviscérales de la classification anatomique proposée Planche I)

— Au niveau du pharynx céphalique

• Tumeurs du naso-pharynx (NI 146)
leur définition exclut les tumeurs de la face postérieure du voile membraneux
leur type histologique : carcinomes épidermoïdes
sarcomes (surtout lympho et réticulo-sarcomes)

• Tumeurs de l'oro-pharynx
Cancers de la paroi postérieure (NI 145-8)
leur définition : entre les deux loges amygdaliennes
au-dessous du cavum
au-dessus des replis pharyngo-épiglottiques
leur type histologique : carcinomes épidermoïdes très souvent
carcinomes glandulaires (tumeurs mixtes, cylindromes)
sarcomes très rarement

Cancers de l'amygdale (NI 145-0)
leur définition : tumeurs de l'amygdale et de la loge amygdalienne
leur classification : loge proprement dite
sillon glosso-amygdalien
fossette sus-amygdalienne
pilier antérieur
pilier postérieur
leur type histologique : carcinomes épidermoïdes très souvent
carcinomes glandulaires (tumeurs mixtes, cylindromes) parfois
sarcomes (lympho et réticulo) assez souvent, fibroblastiques rarement
mélanomes malins

Cancers du sillon glosso-épiglottique (NI 145-8)
leur définition : cancers du regli glosso-épiglottique médian
des fossettes glosso-épiglottiques
des replis glosso-épiglottiques latéraux
(y compris leur versant externe)
leur type histologique : carcinomes épidermoïdes très souvent
sarcomes rarement

— Dans l'espace latéro-pharyngien

• Tumeurs de l'espace préstylien ou latéro-pharyngien antérieur ou mandibulo-pharyngien

tumeurs de la région ptérygo-maxillo-mandibulaire
tumeurs de la région ptérygo-pharyngienne

• Tumeurs de l'espace rétrostylien ou latéro-pharyngien postérieur ou sous-parotidien postérieur

— Dans l'espace rétropharyngien

2 — *TUMEURS DU COU*

= *Tumeurs des revêtements cutanés du cou* (NI 191-4)

(régions superficielles ou tégumentaires de la classification anatomique proposée Planche I)

— Soit les régions : cervicale antérieure
cervicales latérales
sus-claviculaires
nuque

— Type histologique : carcinomes
mélanomes malins

= *Tumeurs des régions moyennes du cou*

(région ostéo-cavitaire ou musculo-aponévrotique de la classification anatomique proposée Planche I)

— Tumeurs de la région sous-hyoïdienne médiane ou thyroïdienne
Cancers de la thyroïde
leur type histologique : carcinome papillaire
carcinome vésiculaire
carcinome à cellules de Hürthle
carcinome anaplasique

— Tumeurs de la région sous-hyoïdienne latérale ou sternomastocarotidienne

Les adhénopathies cervicales malignes sans point de départ décelable.

= *Tumeurs des régions profondes du cou*

(région viscérale ou périviscérale de la classification anatomique proposée Planche I)

— Tumeurs du larynx (NI 161)

- leur définition : entre la margelle incluse et le bord inférieur du cartilage cricoïde
  région de la margelle :
  1/3 antér. bord libre de l'épiglotte
  1/3 moyen union des 3 replis « carrefour »
  1/3 post. repli épiglottique
  région sus-aryténoïdienne
- leur classification : région susglottique :
  épiglotte (face postérieure)
  bande ventriculaire droite et gauche
  ventriculaire droit et gauche
  région glottique :
  corde vocale droite et gauche
  commissure antérieure
  région sous-glottique :
  sous-glotte unilatérale droite ou gauche
  région sous-commissurale antérieure
  région sous-commissurale postérieure
- leur type histologique : carcinomes épidermoïdes presque toujours
  carcinomes glandulaires rarement
  sarcomes fibroblastiques exceptionnellement

— Tumeurs de l'hypo-pharynx (NI 147)

- leur définition : entre un plan passant par l'os hyoïde en haut, un plan passant par la bouche œsophagienne en bas
- leur classification : région du sinus piriforme
  région rétro-crico-arythénoïdienne
  région de la paroi postéro-latérale de l'hypo-pharynx
  repli pharyngo-épiglottique

— Tumeurs de l'œsophage cervical (NI 150)

Toutes les tumeurs se développant entre ces deux limites :

— récidivent localement

— récidivent régionalement

— métastasent à distance rarement.

En effet, un de leurs caractères principaux est un envahissement surtout local aux structures voisines, et régional aux ganglions sous-mentaux, sous-maxillaires et jugulo-carotidiens. Aussi, les gestes chirurgicaux portent souvent sur des régions voisines (exérèse de proche en proche) lors de récidives et comportent souvent un curage ganglionnaire cervical. Dès lors il paraît illusoire de vouloir classer dans deux spécialités officiellement différentes :

— les tumeurs du plancher de la bouche (théoriquement stomatologiques) qui peuvent envahir en arrière le pilier antérieur de l'amygdale, le sillon glosso-amygdalien,

— les tumeurs de l'amygdale (théoriquement relevant de l'O.R.L.) qui peuvent envahir en avant le pilier antérieur de l'amygdale... et la langue ou le plancher buccal.

Si la limite du V lingual est pratique pour opposer en règle générale des oto-rhino-laryngologistes qui enlèvent les amygdales et des stomatologistes qui extraient les dents de sagesse, en carcinologie, il en va autrement.

Ces exemples se posent fréquemment dans le domaine cancérologique ; en voici un autre :

Lors d'une cervicotomie exploratrice pour adénopathie cervicale chronique sans point de départ décelable, il arrive que l'examen anatomo-pathologique fasse reprendre des investigations plus complètes ou même que l'évolution permette secondairement de déceler un point de départ méconnu jusque-là : est-il logique qu'une équipe radio-chirurgicale autre que la première soit appelée à s'occuper de ce malade parce que la lésion primitive est hypo-pharyngée, buccale ou thyroïdienne ?

Lors des gestes thérapeutiques par ailleurs, le carcinologue spécialisé en carcinologie cervico-faciale « mord » forcément sur des territoires relevant théoriquement de spécialités différentes : si les laryngectomies et pharyngo-laryngectomies sont habituellement considérées comme techniques chirurgicales O.R.L. et les glossectomies comme techniques stomatologiques, il est de nombreuses interventions par voie sous-maxillaire ou trans-mandibulaire enlevant tout ou partie de l'oro-pharynx et une partie de la langue ou du plancher buccal.

Enfin, les évidements ganglionnaires peuvent être nécessaires pour un cancer des lèvres, pour un cancer du larynx ou pour un cancer thyroïdien : est-il nécessaire qu'il soit pratiqué, dans chaque cas, par un spécialiste différent ?

Les techniques de traitement chirurgical de ces néoformations malignes de la tête et du cou utilisent des voies d'abord presque identiques, à quelques variantes près.

2° **Les limites de la carcinologie cervico-faciale**

= *Ces limites sont celles déjà vues de l'anatomie classique*

en haut : la base du crâne
en bas : l'orifice supérieur du thorax.

— En haut la base du crâne sépare le domaine du chirurgien cervico-facial du domaine du neuro-chirurgien; mais il importe de savoir qu'une néoformation de l'ethmoïde, des cavités orbitaires ou même de la région frontale peut franchir cette limite.

Cet envahissement soupçonné ou constaté requiert donc la collaboration d'un neuro-chirurgien pour une intervention visant à l'exérèse de la néoformation, neuro-chirurgien qui doit donc exister à titre d'attaché dans une équipe qui se veut complète.

— En bas, l'orifice supérieur du thorax peut de même être franchi, cette fois par des tumeurs à point de départ cervical.

= *Une limite particulière existe enfin à l'intérieur du domaine cervico-facial lui-même : l'œil.*

En effet, si l'énucléation est un geste simple, par contre les techniques amenant chirurgicalement au contact du globe oculaire un corps radio-actif nécessiteront en règle le concours d'un ophtalmologiste connaissant ces techniques.

REGIONS SUPERFICIELLES OU TEGUMENTAIRES	REGIONS MOYENNES OU OSTEO - CAVITAIRES ET MUSCULO - APONEVROTIQUES	REGIONS PROFONDES OU VISCERALES ET PERI - VISCERALES		
		LATERO - VISCERAL	VISCERAL	RETROVISCERAL
Région frontale				
Régions temporales	Base du crâne Cavités orbitaires			
Régions palpébrales				
Régions auriculaires et CAE	massif → oreille moyenne caisse du tympan et trompe			
Régions maxillo-malaires ou géniennes	Cavités sinuso - maxilaires → facial			
Région nasale	Fosses nasales → supérieur maxillo malaire	Espace préstylien ou latéro pharyngien antérieur	Nasopharynx	Espace Rétro Pharyngien
Régions jugales	Région palatine			
	Cavité buccale	Région ptérygo - maxillo - mandibulaire	Oropharynx	
Région mentonnière	Région glosso - sus - hyoïdienne → massif facial Inférieur mandibulaire			
Région parotido-massétérines	glotique — sublinguale linguale	Région ptérygo - pharyngienne		
	sus hyoïdienne médiane ou sous mandibulaire latérale ou sous maxillaire	Espace rétrostylien ou latéro - pharyngien postérieur		
	Os hyoïde			
Région cervicale antérieure	Région sous - hyoïdienne médiane ou thyroïdienne		Larynx Hypopharynx	Espace Rétro Viscéral
Régions cervicales latérales	Régions sous - hyoïdiennes latérales ou sterno - mastro - carotidienne			
Régions sus claviculaires			Oesophage Cervical	
Région de la nuque	Clavicule			

Hors-texte I — Classification anatomique

II - PRINCIPES DE FORMATION :

LE CANCEROLOGUE SPECIALISE EN CARCINOLOGIE CERVICO-FACIALE

II — PRINCIPES DE FORMATION :

LE CANCEROLOGUE SPECIALISE EN CARCINOLOGIE CERVICO-FACIALE

La carcinologie cervico-faciale nécessite pour la pratiquer une triple formation :

— Chirurgicale d'abord, puisque la thérapeutique chirurgicale constitue à l'heure actuelle l'essentiel de la thérapeutique carcinologique;

— médicale ensuite, puisque tant pour le diagnostic que pour le traitement, la carcinologie médicale est utile : en particulier l'étude de la chimiothérapie anti-cancéreuse est en plein développement et il est probable que ce chapitre deviendra le plus important;

— spécialisée enfin, mais dans plusieurs directions :

- dermatologie utile au diagnostic de toutes les tumeurs du revêtement cutané
- O.R.L. et stomatologie, voire ophtalmologie
- neuro-chirurgie même, pour être averti des problèmes d'extension des tumeurs orbitaires et ethmoïdales
- radiothérapie et médecine physique (isotopes) qui, avec la chirurgie, représente la deuxième grande arme de l'arsenal thérapeutique
- anatomie pathologique pour les problèmes diagnostiques.

Ainsi, de cette formation, le carcinologue acquérerait les éléments nécessaires au diagnostic et au traitement des affections cancéreuses de la tête et du cou, à l'exclusion des éléments propres de chaque spécialité destinés à la pratique exclusive d'une discipline (ainsi en O.R.L., il convient de se spécialiser en laryngologie, la chirurgie de la surdité n'étant pour le futur cancérologue cervico-facial d'aucune utilité).

L'idéal est de calquer la formation du praticien sur les cadres de l'Externat et de l'Internat, puis du Clinicat.

Ainsi pourraient être envisagés :

— au cours de l'Externat, des stages

- de médecine (service de carcinologie) (1 an)
- de dermatologie (6 mois)
- de radiologie (6 mois)
- d'ophtalmologie
- de neuro-chirurgie

— au cours de l'Internat chirurgical, des stages

- de chirurgie générale d'abord (6 mois)
- de carcinologie chirurgicale (1 an)
- de chirurgie plastique réparatrice (1 an)
  (nécessaire après de nombreuses exérèses dans le domaine facial)
- d'oto-rhino-laryngologie (1 an)
- de stomatologie (6 mois)
  (ces deux derniers stages étant réalisés dans des services à tendance chirurgicale et carcinologique, du type même de ceux qu'il nous a été donné de pouvoir faire),

— au cours de l'Internat, un certificat d'anatomie pathologique serait utile,

— le post-internat pourrait se dérouler comme un clinicat, là encore chirurgical, si possible dans un service spécialisé en pathologie tumorale et orienté vers le traitement des tumeurs de l'œsophage (il faut, en effet, rappeler la difficulté thérapeutique des tumeurs œsophagiennes hautes, difficulté qui, loin de décourager, doit faire rechercher auprès d'un Maître rompu à cette chirurgie, les éléments d'un travail nouveau),

— quant aux étapes supérieures, elles pourraient se réaliser dans un centre anti-cancéreux, si possible spécialisé dans le domaine « tête et cou ».

Un jour peut-être, la Faculté pourra-t-elle envisager la création d'un poste d'enseignement dans cette discipline : autonome ou rattaché à la Chaire de Clinique Carcinologique Chirurgicale ; en accord étroit avec cette dernière, il comblerait une lacune puiseque, répétons-le, le chirurgien spécialisé en carcinologie cervico-faciale doit avoir droit de cité en chirurgie carcinologique et ne pas être forcé de concourir dans des disciplines spécialisées où sont envisagés des problèmes bien distincts de la cancérologie.

Dans les temps présents, les solutions thérapeutiques étant surtout chirurgicales, cet enseignement devrait être confié à un chirurgien, mais à un chirurgien spécialisé, travaillant en accord étroit avec les spécialistes de toutes disciplines et notamment avec un radiothérapeute et un chimiothérapeute.

L'avantage de cette formule serait d'assurer dans l'avenir un enseignement unifié dans ce domaine, à cheval sur plusieurs spécialités, enseignement se déroulant dans un centre spécialisé, au sein de plusieurs services travaillant côte à côte (ce problème d'organisation matérielle sera étudié un peu plus loin); ainsi par un stage unique de 3, 4 ou 5 ans, le futur cancérologue spécialisé (et déjà formé en médecine et chirurgie générale) acquérerait tous les éléments de son métier, même au cas où les structures de notre formation médicale actuelle viendraient à changer.

III - L'UNITE DE CARCINOLOGIE CERVICO-FACIALE

III — L'UNITE DE CARCINOLOGIE CERVICO-FACIALE

1° La carcinologie sur le plan national et supra-national.

= Sur le plan général, la carcinologie est pratiquée dans des centres de carcinologie générale ou centres anti-cancéreux :

— ceux-ci ont le mérite de grouper en leur sein des chercheurs et des cliniciens de toutes disciplines régionales, de faciliter leurs contacts et leurs discussions, de colliger et d'archiver leurs observations, et de distribuer des sujets d'étude ou des renseignements d'ordre général,

— mais, ces centres ont pour défaut :

- d'être « étiquetés » par le public, ce qui n'est pas sans un certain retentissement psychologique sur les malades qui y consultent ou y sont admis en observation ou en traitement ;
- de ne pas observer certaines catégories de patients qui, dans le domaine O.R.L. ou dans le domaine dermatologique, par exemple, sont dirigés sur des spécialistes ne travaillant pas dans ces centres ;
- d'être « coupés » du contact des praticiens de spécialité, de chirurgie générale ou de médecine interne qui ne se consacrent pas à la carcinologie, mais dont les avis, ne serait-ce que sur le plan humain, sont loin d'être négligeables.

Aussi, il ne paraît pas déraisonnable de concevoir pour ces centres nationaux un rôle d'avant-garde, de recherche et de coordination. Leur rôle serait ainsi :

= de centraliser les archives de toute la carcinologie grâce à un double automatique de tous les dossiers établis dans les services de carcinologie ;

= d'échanger ces archives avec les autres centres anti-cancéreux français, européens et même mondiaux ;

= de chercher des voies nouvelles de traitement, en collaboration avec la recherche nationale publique (CNRS) ou privée (industrie chimique et pharmaceutique) ;

= de répercuter sur tous les services de carcinologie les recherches, les résultats effectués et recueillis par les autres centres anti-cancéreux.

Ainsi, en France, pourraient exister autant de centres que d'académies universitaires; il ne serait pas exclu de leur adjoindre un service clinique « de recherche » auquel seraient confiés par les services de carcinologie relevant de l'Académie — et donc du Centre — des malades au-dessus de toute ressource thérapeutique actuelle et qui pourraient profiter des derniers essais des recherches industrielles dans le domaine de la chimiothérapie par exemple : ce fonctionnement permettrait de grouper les observations de « cancers dépassés » et les essais chimiothérapiques, donc de se faire beaucoup plus vite qu'actuellement, une idée précise sur l'efficacité de tel ou tel anti-mitotique. Enfin, ces cancers « dépassés », adressés par les services de cancérologie aux centres nationaux, dégorgeraient ces services, ce qui les rendrait infiniment plus rentables et efficaces sur le plan régional.

2° **La carcinologie sur le plan régional**

= Alors à l'intérieur de chaque académie ou de chaque département ou zone sanitaire, pourraient être créés des services de cancérologie :

— ces services — qui dans certains cas actuels se grouperaient dans un centre anti-cancéreux existant pour raisons de commodité ou de situation existante — seraient doués d'une parfaite autonomie. Chacun d'eux aurait une spécialisation topographique, ainsi pourrrait-on concevoir des services :

- de carcinologie cervico-faciale
- de carcinologie médiastino-pulmonaire
- de carcinologie abdomino-digestive
- de carcinologie urinaire
- de carcinologie mammaire et gynécologique
- de carcinologie osseuse
- de carcinologie hémato-ganglionnaire
- de carcinologie neurologique.

Ces services pourraient s'implanter petit-à-petit aux côtés des services hospitaliers déjà existant et proches : ainsi le service de carcinologie osseuse à côté ou à l'intérieur (par dédoublement) d'un service de chirurgie orthopédique, le service de carcinologie médiastino-pulmonaire aux côtés d'un service de chirurgie thoracique, etc...

A Paris, d'ailleurs, certains hôpitaux (Broussais par exemple) ont déjà un peu cette spécialisation « topographique ».

— Les services de carcinologie cervico-faciale, eux, pourraient s'implanter soit aux côtés d'un service de chirurgie générale, soit aux côtés d'un service O.R.L. ou stomatologique, soit encore mieux, dériver d'un service déjà spécialisé en pathologie cervico-faciale, comme le sont, par exemple, à Paris, les Services

- de chirurgie stomatologique de notre Maître P. CERNEA (Saint-Louis),
- de chirurgie O.R.L. de notre Maître J. LEROUX-ROBERT (Boucicaut).

L'idéal serait d'y réunir des chirurgiens, des O.R.L. et des stomatologistes pour y travailler ensemble : ainsi s'effaceraient des barrières factices dressées d'une façon périmée entre ces disciplines et leurs praticiens : ces barrières tomberaient d'elles-mêmes puisque ne compteraient plus que des compétences de carcinologie régionale spécialisée, excluant ainsi l'exercice d'une discipline pour elle-même en dehors de ses aspects cancérologiques.

(Le projet de réforme médicale avait d'ailleurs réuni un moment, pour les épreuves du 1er degré du bureau central, stomatologie et O.R.L.).

Comme l'écrivait notre Maître J. LEROUX-ROBERT dans une argumentation à la Commission médicale consultative de l'Assistance Publique de Paris, le 3 décembre 1963 :

> *Il est illogique de vouloir traiter en parallèle, dans un même service : des sourds nécessitant une chirurgie fonctionnelle de l'oreille, des traumatisés de la face nécessitant des interventions spéciales de chirurgie plastique et des cancéreux nécessitant des interventions spéciales et l'utilisation combinée des radiations. L'équipement pour chacune de ces chirurgies, l'esprit qui préside à chacune d'elles, sont très différents, aussi opposés que ceux qui pourraient concerner par exemple la chirurgie du cerveau et celle des membres, qu'on n'aurait pas l'idée de grouper dans le même service.*
>
> *Qu'on le veuille ou non, cette spécialisation dans la spécialité se fera automatiquement ; elle est déjà faite, ce sont les conditions matérielles de son fonctionnement qui restent à améliorer.*

Nous pourrions poursuivre le parallèle dans un domaine voisin : est-il logique de vouloir grouper dans un même service les malades consultant pour une cavité dentaire devant recevoir un inlay de porcelaine, et les malades relevant d'un évidement jugulo-carotidien et d'une électro-coagulation pour une lésion du plancher buccal ?

3° **Le service de carcinologie cervico-faciale**

Ayant ainsi défini l'utilité du service de carcinologie cervico-faciale, nous voudrions poser les principes de sa réalisation

— sur le plan du personnel :

- le service doit s'attaquer aux tumeurs de la tête et du cou grâce à des moyens thérapeutiques groupant à l'heure actuelle :
  - = la chirurgie d'exérèse ou diathermique,
  - = la physiothérapie : radiations externes (conventionnelle, cobalt et bétatron)
    radiations endo-cavitaires
    radiations interstitielles
  - = la chimiothérapie
- le service doit donc grouper un personnel médical compétent dans ces différents moyens thérapeutiques, soit par exemple, pour un service de 120 à 150 lits :
  - = un chef de service, chirurgien cervico-facial.

    Cette discipline doit en effet être représentée par un chirurgien spécialisé qui, par les moyens d'investigation dont il dispose (clinique, endoscopie, biopsie, intervention exploratrice, etc...) est le plus susceptible d'établir un diagnostic précis de nature et d'extension permettant de poser une indication thérapeutique rationnelle.
  - = trois chefs de service adjoints :
    un chef de service adjoint, chirurgien cervico-facial,
    un chef de service adjoint chimiothérapeute
    un chef de service adjoint radiothérapeute
  - = Quatre chefs de clinique, assistants des hôpitaux :
    deux chirurgiens
    un médecin
    un radiothérapeute
  - = quatre internes :
    deux chirurgiens
    un médecin
    un radiologue

= trois anesthésistes
un chef de service d'anesthésiologie
deux assistants d'anesthésiologie

= deux biologistes
un physicien
(calcul des courbes, isodoses,
calcul des doses de curiepuncture,
protection contre les radiations)
un anatomo-phatologiste

= un diététicien

= cinq attachés :
un stomatologiste (et son assistant prothésiste)
un oto-rhino-laryngologiste (et son assistant phoniatre)
un ophtalmologiste
deux chirurgiens spécialisés
(neuro-chirurgie, chirurgie plastique et réparatrice).

— Sur le plan des locaux

- le service doit pouvoir réaliser la triple thérapeutique exposée ci-dessus
- le service doit donc réunir :

= un service d'hospitalisation chirurgicale

= un service d'hospitalisation radio-médicale

Un plan ci-joint permet de retrouver, sur une disposition éventuellement modifiable, les principales pièces nécessaires.

= une unité consultations, avec locaux

- pour le chef de service, ses adjoints et les chefs de clinique (5 pièces avec fauteuil d'examen)
- pour les attachés du service
(4 pièces plus 1 salle de phoniatrie et 1 atelier de prothèse)
- pour les gestes diagnostiques
1 salle de photographie
2 salles d'endoscopie et biopsie
1 laboratoire d'anatomie pathologique

= deux unités d'hospitalisation

- 1 de chirurgie avec bloc opératoire comportant
  3 salles d'opérations
  1 salle de préanesthésie
  1 salle de post-anesthésie et réanimation
- 1 de radio et chimiothérapie

= une unité agents physiques avec les locaux suivants :

- radiodiagnostic
- radiothérapie conventionnelle
- radiothérapie pénétrante
- curithérapie
- isotopes
- laboratoire de physique

= enfin des locaux pour le personnel médical :

- bureau personnel pour le chef de service et chacun de ses trois adjoints
- bureau des chefs de clinique assistants des hôpitaux
- bureau des internes
- bureau des anesthésistes
- bureau du diététicien
- une chambre pour le médecin de garde
- un réfectoire pour le personnel
- une salle de cours-bibliothèque
- une salle de réunions pour les examens hebdomadaires des dossiers de malades, au cours de discussions réunissant la totalité du service.

— Sur le plan du fonctionnement

- Le fonctionnement par équipe serait souhaitable, chaque équipe réunissant :
  un chef de clinique assistant des hôpitaux
  un interne

travaillant ensemble en diagnostic et en thérapeutique

• De telle sorte, seraient constituées :

deux équipes chirurgicales sous la direction du chef adjoint de chirurgie

une équipe radiothérapique sous la direction du chef adjoint de radiothérapie

une équipe chimiothérapie sous la direction du chef adjoint de chimiothérapie.

= Ainsi les consultations pourraient fonctionner de la façon suivante :
Chacune des quatre équipes « débrouillerait » un pourcentage égal de consultants, débuterait le « dossier » de chaque malade ;

Les malades ainsi préparés seraient transmis au chef de service, qui, pour la confirmation du diagnostic et les indications thérapeutiques, serait entouré du chef adjoint de chirurgie et des chefs adjoints de radio et de chimiothérapie.

La décision prise et, selon le cas, le malade reviendrait pour examens complémentaires, hospitalisation, etc..., à l'une des deux équipes chirurgicales ou à l'équipe de radiothérapie, ou enfin à l'équipe de chimiothérapie.

= Quant à l'hospitalisation, sa surveillance relèverait :
des deux équipes chirurgicales pour les opérés (60 à 75 lits)
de l'équipe radiothérapique pour les malades soumis aux agents physiques (30 à 35 lits)
de l'équipe chimiothérapique pour les malades relevant de cette dernière indication (30 à 35 lits).

Lors des traitements mixtes, deux équipes travailleraient ensemble.

= Des réunions réalisées toutes les semaines permettraient d'assurer la marche du service, d'analyser les résultats obtenus et de modifier, le cas échéant, les traitements en cours.

= Les interventions chirurgicales se dérouleraient grâce aux deux équipes, les deux adjoints et le chef de service se répartissant le travail dans trois salles d'opérations.

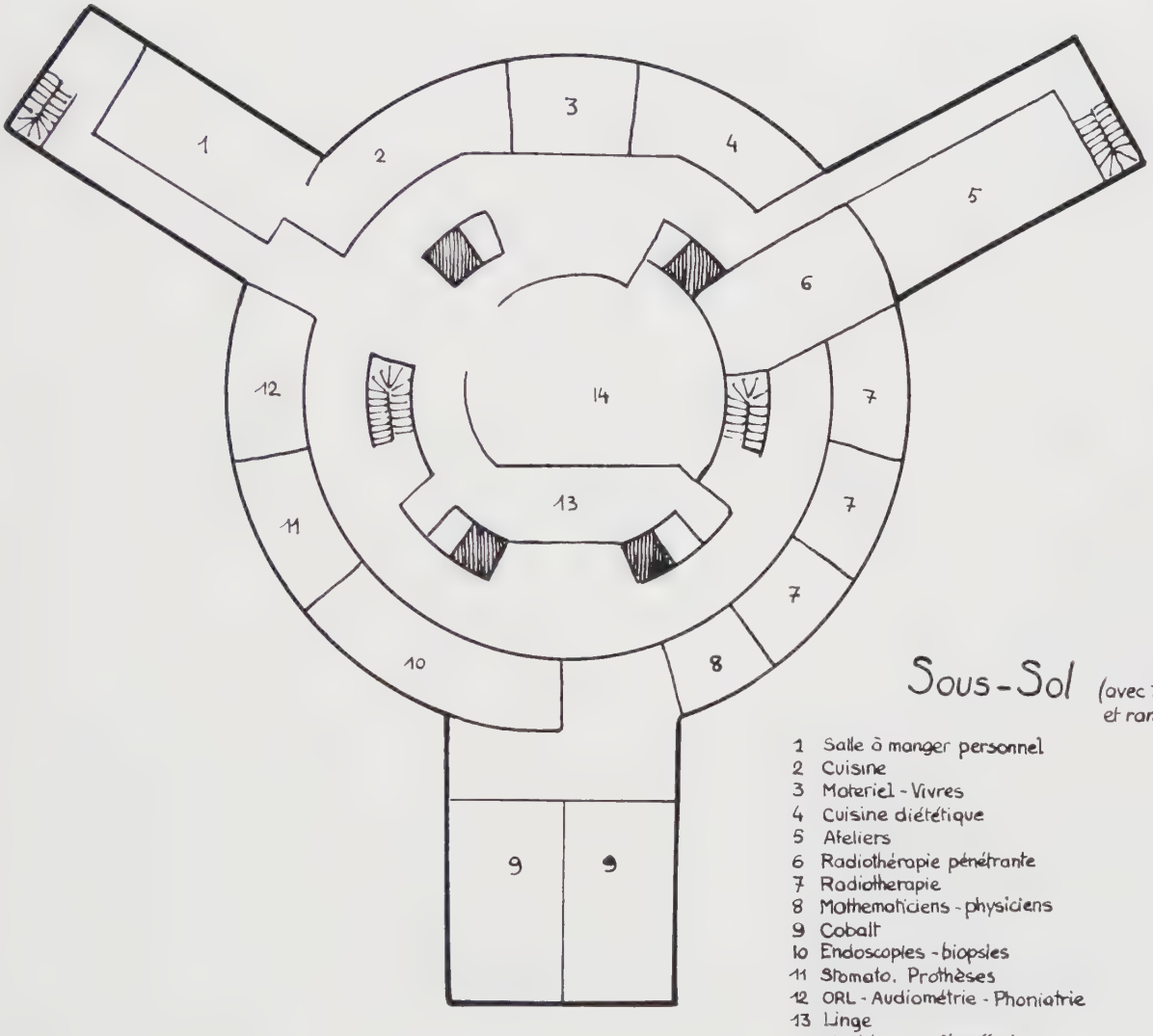
= L'équipe radiothérapique utiliserait ses matinées pour le radiodiagnostic et la radiothérapie.

Ainsi pourrait-on réaliser :

Primo : un diagnostic et une indication thérapeutique qui, pour chaque malade, seraient l'œuvre commune d'un chirurgien, d'un radiologue et d'un médecin sous la direction d'un chef de service chirurgien spécialisé.

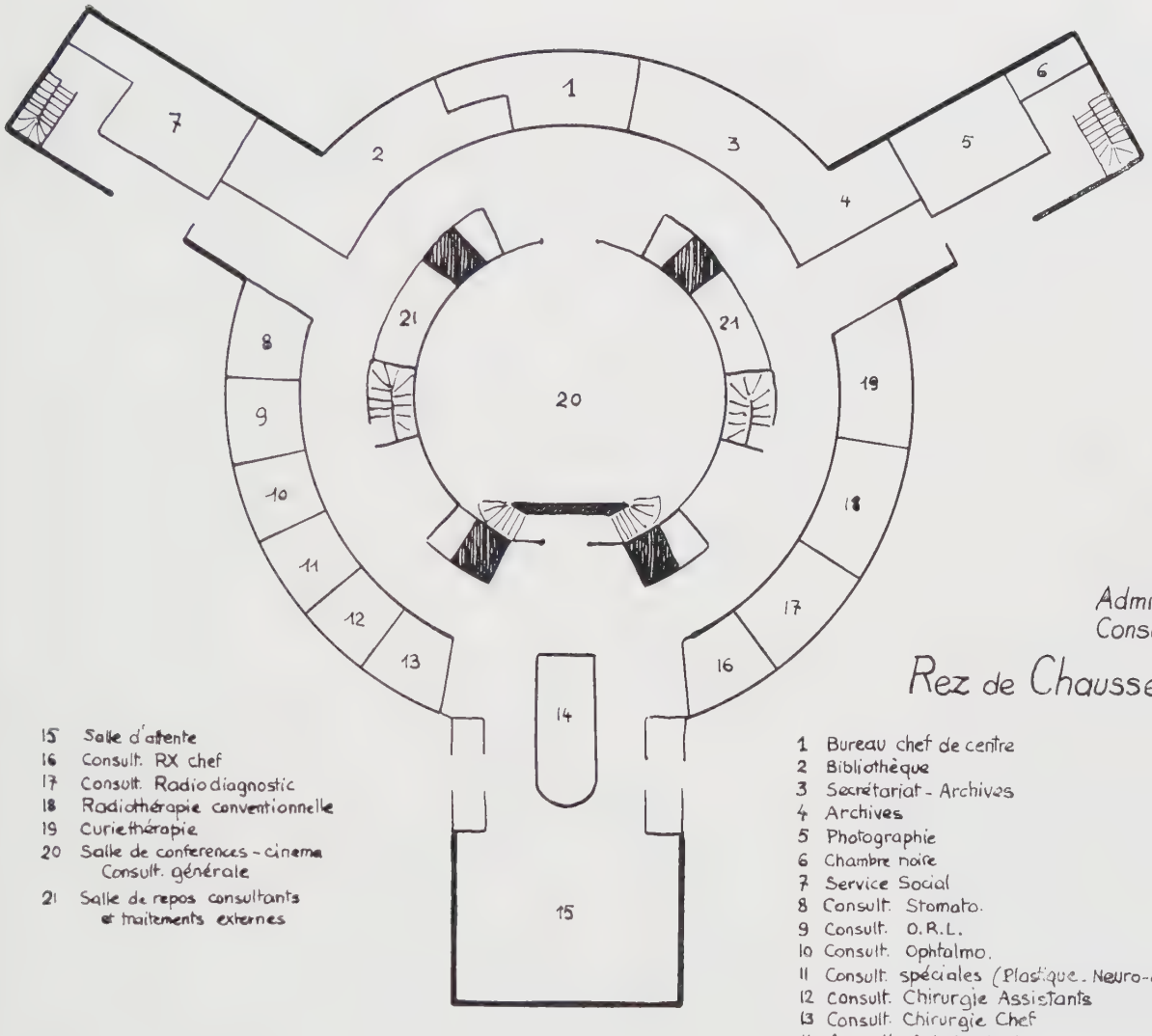
Secundo : un traitement mené par une équipe chirurgicale, radio ou chimiothérapique, équipe qui associerait un chef de clinique, le même pendant deux ou quatre ans, et un interne qui, lui, changerait tous les ans.

Tertio : des mises au point et des analyses des résultats thérapeutiques, œuvres de tous les médecins du service.



Sous-Sol (avec tranchée et rampes)

1 Salle à manger personnel
2 Cuisine
3 Materiel - Vivres
4 Cuisine diététique
5 Ateliers
6 Radiothérapie pénétrante
7 Radiotherapie
8 Mathematiciens - physiciens
9 Cobalt
10 Endoscopies - biopsies
11 Stomato. Prothèses
12 ORL - Audiométrie - Phoniatrie
13 Linge
14 Machinerie. Chaufferie

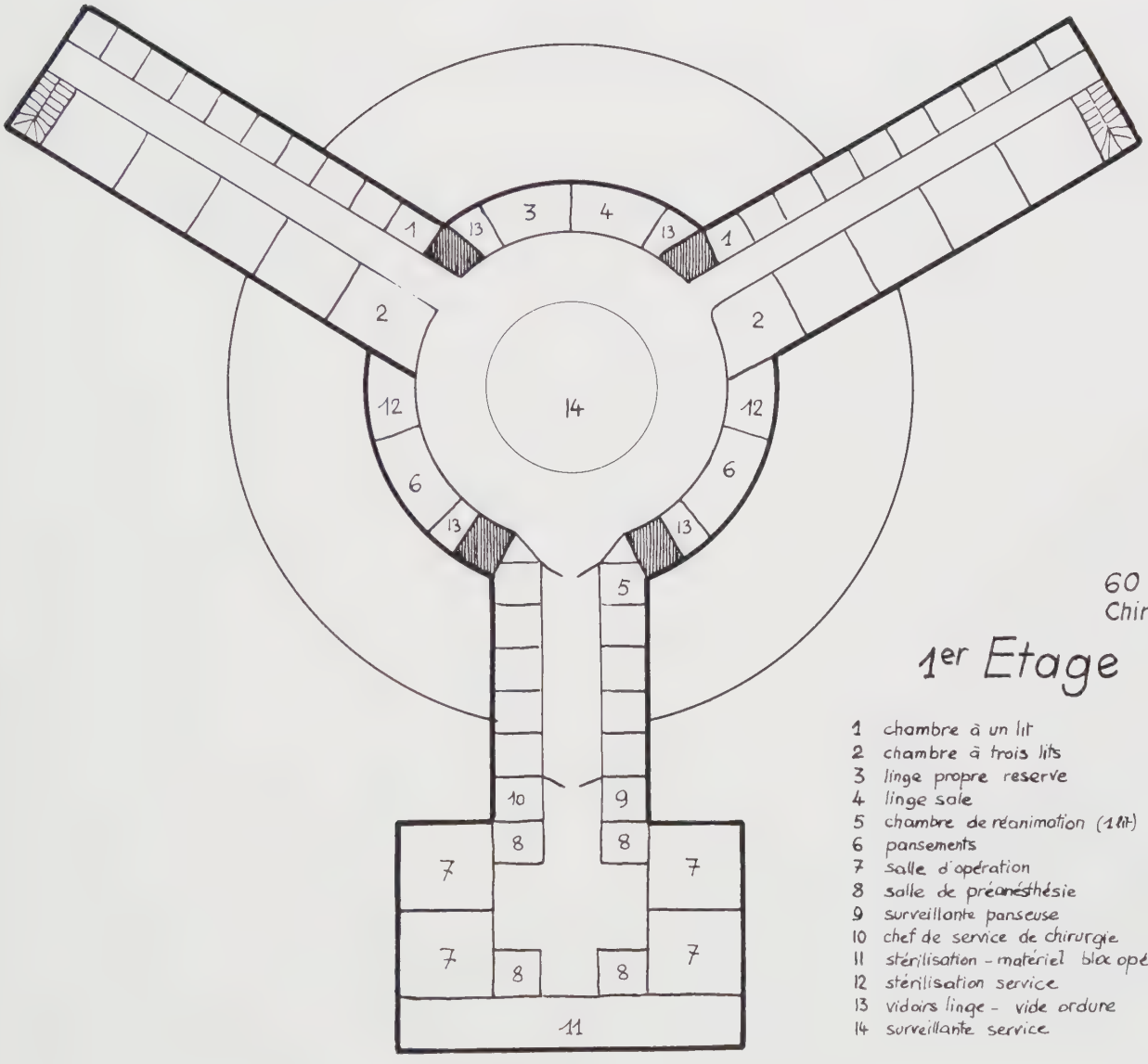


Admissions
Consultations

Rez de Chaussée

1 Bureau chef de centre
2 Bibliothèque
3 Secrétariat - Archives
4 Archives
5 Photographie
6 Chambre noire
7 Service Social
8 Consult. Stomato.
9 Consult. O.R.L.
10 Consult. Ophtalmo.
11 Consult. spéciales (Plastique - Neuro-chir.)
12 Consult. Chirurgie Assistants
13 Consult. Chirurgie Chef
14 Accueil - Administration

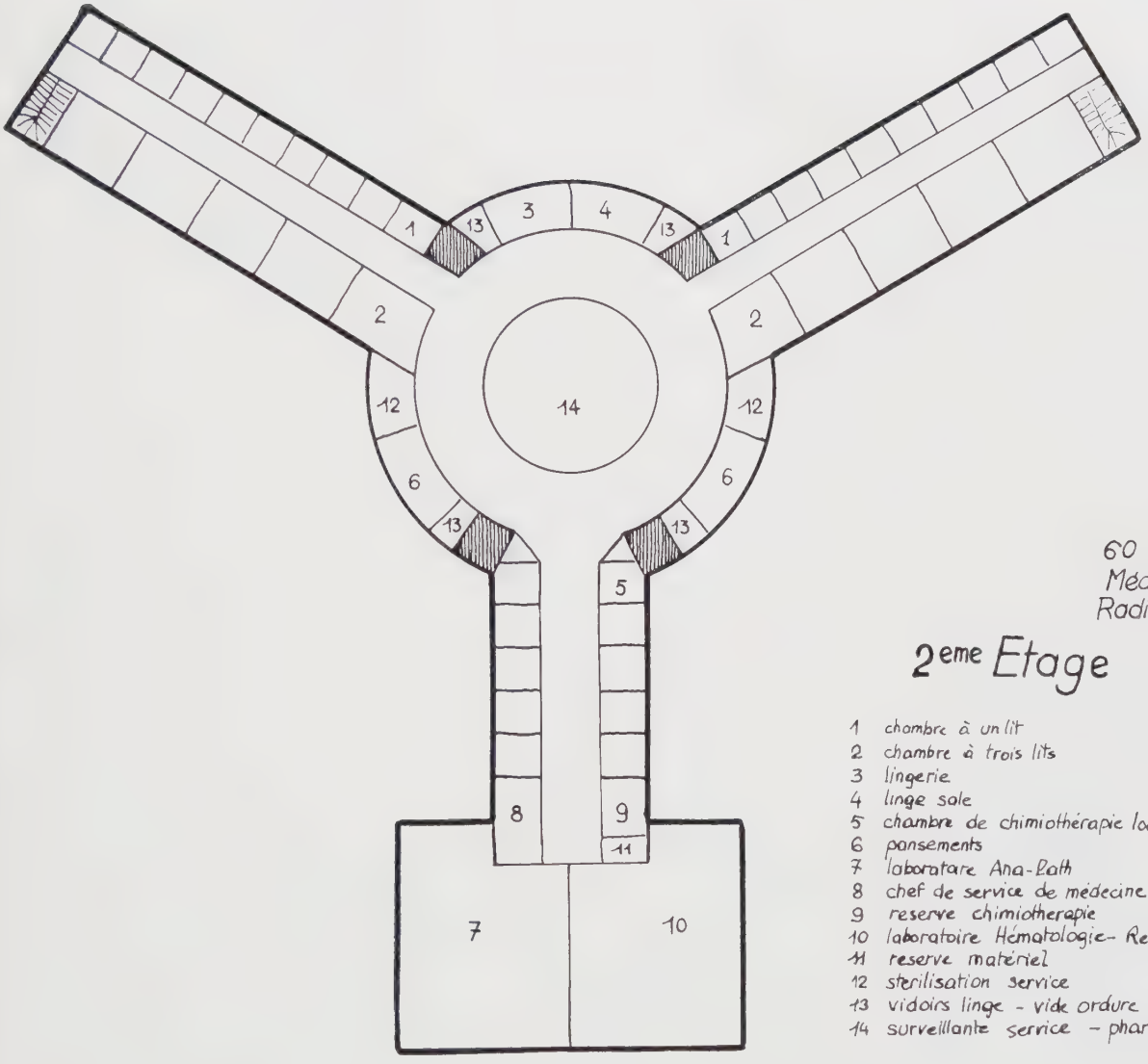
15 Salle d'attente
16 Consult. RX chef
17 Consult. Radiodiagnostic
18 Radiothérapie conventionnelle
19 Curiethérapie
20 Salle de conferences - cinema
Consult. générale
21 Salle de repos consultants
et traitements externes



60 lits
Chirurgie

1er Etage

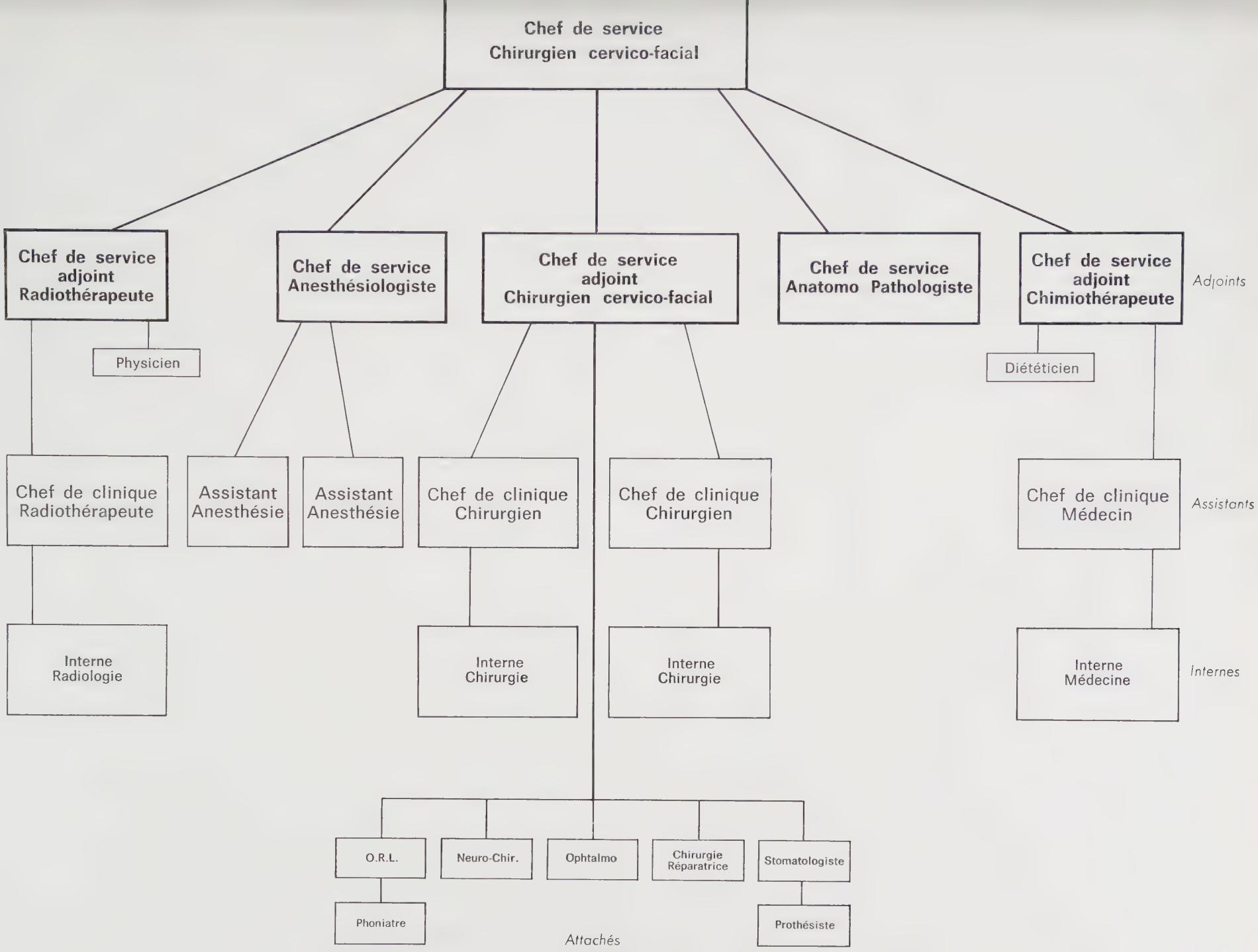
1 chambre à un lit
2 chambre à trois lits
3 linge propre reserve
4 linge sale
5 chambre de réanimation (1 lit)
6 pansements
7 salle d'opération
8 salle de préanésthésie
9 surveillante panseuse
10 chef de service de chirurgie
11 stérilisation - matériel bloc opératoire
12 stérilisation service
13 vidoirs linge - vide ordure
14 surveillante service



60 lits
Médecine
Radiothérapie

2eme Etage

1 chambre à un lit
2 chambre à trois lits
3 lingerie
4 linge sale
5 chambre de chimiothérapie locale
6 pansements
7 laboratoire Ana-Path
8 chef de service de médecine
9 reserve chimiotherapie
10 laboratoire Hématologie- Recherche
11 reserve matériel
12 sterilisation service
13 vidoirs linge - vide ordure
14 surveillante service - pharmacie


Chef de service
Chirurgien cervico-facial
Chef de service adjoint Radiothérapeute
Chef de service Anesthésiologiste
Chef de service adjoint Chirurgien cervico-facial
Chef de service Anatomo Pathologiste
Chef de service adjoint Chimiothérapeute
Adjoints
Physicien
Diététicien
Chef de clinique Radiothérapeute
Assistant Anesthésie
Assistant Anesthésie
Chef de clinique Chirurgien
Chef de clinique Chirurgien
Chef de clinique Médecin
Assistants
Interne Radiologie
Interne Chirurgie
Interne Chirurgie
Interne Médecine
Internes
O.R.L.
Neuro-Chir.
Ophtalmo
Chirurgie Réparatrice
Stomatologiste
Phoniatre
Prothésiste
Attachés

CONCLUSION

La carcinologie cervico-faciale fait partie intégrante de la carcinologie générale, mais elle est souvent pratiquée par des hommes venus de spécialités différentes.

La présente étude a essayé de dégager les principes :

de la formation du carcinologue cervico-facial,
de la réalisation et de l'exécution de la carcinologie cervico-faciale.

Une unité autonome de carcinologie cervico-faciale doit présenter :

des locaux étudiés pour permettre la pratique d'une telle spécialité,
un personnel d'une qualification particulière pour réaliser un triple traitement chirurgical, radiothérapique et chimiothérapique.

Vu, LE PRÉSIDENT DE THÈSE,
Professeur REDON

Vu, LE DOYEN DE LA FACULTÉ,
G. BROUET

Vu et permis d'imprimer,
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS
J. ROCHE